

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE **849** No —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Bernard BOURSAULT

Né le 12 août 1913, à Epernon (Eure-et-Loir)
Externe des Hôpitaux de Paris

Contribution à l'Étude

de la

**Mortinatalité et de la Mortalité des enfants
de Multipares**

(D'après des observations personnelles faites à la Clinique Baudelocque,
dans les Hôpitaux Saint-Antoine et Lariboisière
et d'après les Archives de la Caisse interdépartementale des Assurances Sociales)

Président : M. COUVELAIRE, *Professeur*

LIBRAIRIE MALOINE

Société anonyme d'Éditions Médicales et Scientifiques

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS, 1939

848

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Bernard BOURSAULT

Né le 12 août 1913, à Epernon (Eure-et-Loir)
Externe des Hôpitaux de Paris

Contribution à l'Étude

de la

**Mortinatalité et de la Mortalité des enfants
de Multipares**

(D'après des observations personnelles faites à la Clinique Baudelocque,
dans les Hôpitaux Saint-Antoine et Lariboisière
et d'après les Archives de la Caisse interdépartementale des Assurances Sociales)

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

LIBRAIRIE MALOINE

Société anonyme d'Éditions Médicales et Scientifiques

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS, 1939

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.).. Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY.... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MÉNÉGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgi-
 cale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER ... Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS ... Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 SCHWARTZ Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN.		BROCQ.	
BRULÉ.		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
DONZELOT.		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		VELTER.	
VALLERY-RADOT			
(Pasteur).			
SEZARY.			

MM.	
ÉCALLE.	} Clinique obstétricale.
METZGER.	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique obstétricale
Accoucheur de la Clinique Baudelocque

*Qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.
Qu'il trouve ici l'expression de notre grande
reconnaissance et le témoignage de notre
respectueuse admiration.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR LACOMME

PROFESSEUR AGRÉGÉ

*Qui nous a inspiré ce travail et guidé
dans sa réalisation. Nous lui adressons
l'expression de notre vive gratitude.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉVY-SOLAL

A MONSIEUR LE DOCTEUR DEVRAIGNE

*Qui nous ont toujours accueillis avec la
plus grande bienveillance dans leur ser-
vice. Nous leur adressons nos vifs remer-
ciements.*

A NOS MAÎTRES :

A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOURS

A LA FACULTÉ ET DANS LES HÔPITAUX

A MES PARENTS

MEIS ET AMICIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Contribution à l'Étude de la Mortinatalité et de la Mortalité des enfants de Multipares

INTRODUCTION

Avant d'entrer dans le vif de notre sujet, nous expliquerons brièvement la façon un peu particulière dont nous avons procédé pour obtenir les résultats que nous publions.

Dans une première partie de notre exposé nous donnerons le résultat d'un interrogatoire serré auquel nous avons personnellement soumis sept cent trente-trois femmes venant d'accoucher dans trois des plus grandes maternités de Paris : la Clinique Baudelocque, les Hôpitaux Saint-Antoine et Lariboisière.

Pour la clarté de cet exposé nous pensons préférable de publier le modèle du questionnaire que nous avons utilisé pour ces observations. (V. page 10).

Au moyen de ces interrogatoires, nous avons non seulement établi un taux de mortalité des enfants à terme et des diverses catégories de prématurés ainsi qu'un pourcentage de décès après les applications de forceps, mais, en outre, nous avons cherché à mettre

Noms et âge	Particularités du milieu social	Bilan des ges- tations } Avortements Mort-nés Prématurés À terme	Manœuvres obst.	Avor- tements } Spontané Provoqué Thérapeutique Curettage	Morts-nés } Pendant gest. - de 3 jours ??	Préma- turés } Au 6e mois - 7e - - 8e -	Enfants à terme	Mode d'élevage } Famille Nourrice Sein Artificiel Mixte Placement	Enfants vivants } - de 6 mois 6 mois 1 an 2 - 3 - 4 - 5 - 5 à 12 ans 12 à 18 -	Maladies non mortelles	Enfants morts } - de 6 mois 6 mois 1 an 2 - 3 - 4 - 5 - 5 à 12 ans 12 à 18 -	Causes de mort
-------------------	---------------------------------------	--	-----------------	--	--	---	-----------------	--	---	------------------------------	---	----------------------

en valeur plus qu'il ne semble l'avoir été fait jusqu'ici dans la majorité des statistiques, l'influence sur l'avenir et les facultés de vue d'un enfant du milieu dans lequel il a été élevé autant que du régime alimentaire auquel on l'a soumis pendant les premiers mois.

Toujours dans ce même esprit qui veut considérer les conditions d'existence et la valeur morale du milieu social comme deux facteurs influant fortement sur les possibilités qu'un nouveau-né a de vivre, nous avons, autant que cela nous a été possible, essayé de connaître le caractère légitime ou non de la naissance.

Dans la deuxième partie de ce travail nous exposerons les résultats que nous avons obtenus en dépouillant les dossiers que la Caisse Interdépartementale des Assurances Sociales a bien voulu nous confier.

Nous avons là encore, cherché à mettre en lumière des faits identiques.

Bien qu'intéressante dans son ensemble, cette statistique n'a pas le même intérêt que celle fournie par l'interrogatoire direct des parturientes pendant les douze jours qu'elles passent à l'hôpital après leur accouchement. Les nombreuses femmes qui se sont présentées à la Caisse Interdépartementale et dont nous avons étudié le dossier, étaient primipares pour le plus grand nombre et de ce fait, sans intérêt pour nous, ce qui a réduit considérablement notre publication. Elles ont été interrogées par des Assistantes

Sociales qui, n'ayant ni notre but, ni, et c'était appréciable pour obtenir réponse à certains points de notre questionnaire, l'autorité que nous donnait notre caractère de médecin enquêtant dans un service d'hôpital, n'ont naturellement pas poussé leurs investigations aussi loin qu'il eut été désirable, de sorte que nous n'avons pu obtenir que des résultats moins complets mais qui n'ont vraiment pas moins appuyé les constatations que nous a permis de faire notre statistique personnelle.

CHAPITRE I

ÉTUDE STATISTIQUE

d'après les observations recueillies
dans les Hôpitaux

Suivant l'ordre du questionnaire sus-indiqué, nous étudierons rapidement pour la meilleure compréhension des faits, les quelques paragraphes qui précèdent celui-là même qui fait l'objet principal de notre travail, et qui traite du « Mode d'élevage. »

Avant d'entreprendre une statistique de mortalité infantile, il n'est peut-être pas inutile de faire le bilan des gestations qui, outre qu'il nous fixe sur le nombre de celles qui n'aboutissent pas, soit qu'elles tournent court à la suite d'un avortement pouvant revêtir plusieurs modes, soit qu'elles aboutissent à l'expulsion d'un mort-né, nous permet de distinguer celles qui vont au bout du terme de celles qui se soldent par un accouchement prématuré, distinction sur l'importance de laquelle il est superflu d'insister tant est évidente la différence de valeur entre un prématuré et un enfant à terme.

§ 1. — AVORTEMENTS

Sur 2.423 gestations, 306 se trouvent interrompues du fait d'avortements, soit 12,62 %.

Les renseignements fournis par nos accouchées nous donnent les chiffres suivants :

212 avortements spontanés, soit.....	69,28 %
89 avortements provoqués, soit.....	29,08 %
3 avortements thérapeutiques, soit..	0,90 %

Ces trois pourcentages sont, bien entendu, des plus sujets à caution, sauf peut-être le dernier, et nous trouvons inutile d'insister sur la circonspection qui doit être la nôtre devant ces résultats laissés à la bonne foi des accouchées qui, souvent, n'avouent que très difficilement, même au prix d'un interrogatoire très serré, le recours à des pratiques abortives.

Si nous faisons maintenant le même calcul au sujet des grossesses illégitimes nous arrivons aux chiffres respectifs de :

9 avortements spontanés, soit	36 %
16 avortements provoqués, soit.....	64 %
0 avortement thérapeutique	

et nous ne sommes point étonnés de voir ici les deux premiers résultats inversés.

Continuons l'analyse du chiffre global :

§ 2. — MORT-NÉS

Sur 2.423 grossesses, 107 morts-nés, soit 4,41 %.

Ici, le résultat rejoint sensiblement celui que donne l'examen des gestations illégitimes avec 4,93 %.

Le total peut se répartir ainsi :

21 pendant la gestation, soit.....	19,59 %
37 pendant le travail, soit.....	34,57 %
44 pendant les 3 jours suivants, soit..	41,12 %

Pour 5 d'entre eux, le moment de la mort n'a pu être précisé.

Et pour les illégitimes :

1 pendant la gestation, soit.....	12,50 %
2 pendant le travail, soit.....	25 %
5 pendant les trois jours suivants, soit	62,50 %

Tous ces chiffres sont comparables sauf le dernier indiquant la mortinatalité avant le troisième jour après la naissance qui se trouve supérieur dans le cas des enfants illégitimes ; ce qui pourrait confirmer notre thèse que l'illégitimité pour un enfant équivaut à une moindre chance de vivre.

§ 3. — ENFANTS PRÉMATURÉS

Après avoir examiné ces cas de grossesses malheureuses, considérons un instant celles qui aboutissent à la naissance d'un enfant vivant : c'est le cas 2.010 fois sur 2.423 grossesses à répartir comme suit :

1.890 à terme, soit.....	94 %
120 prématurés, soit.....	6 %

Sur 2.010 enfants vivants, 120 sont prématurés, soit 5,09 %, répartis comme suit :

11 au sixième mois.
40 au septième mois.
69 au huitième mois.

Le calcul du taux de mortalité dans les premiers mois :

à 6 mois : 6 morts, soit.....	54,54 %
à 7 mois : 14 morts, soit.....	35 %
à 8 mois : 14 morts, soit.....	20,28 %

ne laisse aucun doute sur la moindre valeur du prématuré le plus jeune ; à six mois la mortalité est le triple de ce qu'elle est à huit.

Calculée sur les dix-huit premières années de la vie, la mortalité des prématurés atteint le chiffre de 35 %, soit 42 sur 120.

§ 4. — ENFANTS A TERME

Après les prématurés, voyons un peu ce qu'il advient des enfants nés à terme.

Sur 2.423 gestations, 1.890 sont arrivées au terme, soit 78 %.

Si l'on compare ce nombre d'enfants nés à terme (1890) au nombre global d'enfants vivants, soit 2.010, nous obtenons le chiffre de 94,02 %.

Au bout de 18 ans, la mortalité (208) est environ

le 1/4 de celle que nous avons signalée chez les prématurés, elle atteint le taux de 9,13 %.

§ 5. — MANŒUVRES OBSTÉTRICALES

Puisque nous parlons de mortalité infantile, il est important de ne pas oublier de noter ce qui se passe au cours des différentes manœuvres imposées par un accouchement dystocique.

Le plus souvent il s'agit d'application de forceps, 85 fois sur 2.010 dans notre statistique, soit 4,22 % des cas.

A la suite de ces applications, on trouve 12 morts dans les premiers jours, soit pendant le travail, soit après un intervalle libre de quelques heures ; de toutes façons, il semble bien que cette mortalité de 14,11 % soit en rapport avec le traumatisme obstétrical.

63 enfants sont vivants, soit 74,11 %.

10 enfants sont morts dans les deux premières années, mais leur décès ne peut plus être imputable au mode d'extraction et relève des maladies les plus diverses.

Parmi les autres variétés de manœuvres obstétricales subies par nos accouchées, et en dehors de trois Basiotripsies,

9 versions par manœuvres internes

1 grande extraction de siège ;

aucune n'est responsable de la mort de l'enfant.

§ 6. — MODE D'ÉLEVAGE

Et nous en arrivons maintenant au point de notre étude que nous avons cherché à approfondir le plus possible. Nous espérons, tant par l'insistance que nous avons mise à faire préciser aux accouchées la façon dont elles ont nourri leurs enfants que par le contrôle que nous avons toujours apporté à leurs dires chaque fois que cela était possible, être arrivé au résultat le plus proche de la réalité.

Occupons-nous d'abord des *enfants élevés dans leur famille*, soit 1.798.

En ne tenant compte que du seul fait que ces enfants n'ont jamais été soignés par des étrangers mais sont toujours restés sous le contrôle maternel, et sans se préoccuper, pour le moment, de la façon dont ils ont été nourris, nous constatons un total de 213 décès, soit 11,84 %.

Si nous classons maintenant ces enfants suivant le mode d'alimentation qui a été le leur, et si, dans chaque catégorie, nous faisons le pourcentage de mortalité, nous arrivons aux résultats suivants :

Sur 1.556 enfants élevés au sein, 151 sont morts, soit 9,70 %.

Sur 297 élevés au lait artificiel, 55 sont morts, soit 18,51 %.

Sur 37 élevés au régime mixte, 6 sont morts, soit 16,21 %.

Ces résultats semblent très éloquentes et prouvent, mieux que tout commentaire, l'importance de la variété de l'alimentation sur les qualités de vie d'un enfant. Le lait maternel est, sans conteste, la meilleure sauvegarde du nourrisson et même un régime mixte, pauvre de ce lait, est préférable à l'élevage artificiel aussi bien conditionné et dirigé soit-il.

A l'opposé des nourrissons élevés dans leur famille, regardons, maintenant, *ceux qui sont en nourrice*. Ils sont certes, beaucoup moins nombreux (signifions sans plus, au passage, qu'il s'agit là, en majeure partie, d'enfants illégitimes).

Sur 90 enfants mis en nourrice que comporte notre statistique, 22 sont morts, soit 24,44 %.

S'ils sont beaucoup plus rares comme on le voit, et c'est heureux, ils sont par contre beaucoup plus exposés du fait d'être confiés à des mains étrangères d'abord, et surtout d'être nourris au lait artificiel.

Notre statistique, que nous aurions voulu plus importante mais que les événements nous ont forcé à interrompre, ne nous a pas permis de recueillir un nombre suffisant d'observations d'enfants mis en nourrice mais élevés au lait de femme, et les deux seuls cas que nous connaissons, pour favorables qu'ils soient, ne nous permettent pas de dire dans quelles proportions le lait de femme est une assurance partielle contre les risques inhérents à l'élevage en nourrice.

Infime enfin est le nombre (4) que nous avons pu

réunir des enfants confiés à des œuvres et où ils reçoivent un allaitement artificiel ; nous voulons espérer que le taux de mortalité qu'il nous donne :

2 morts sur 4 enfants admis, soit... 50 %

est anormalement haut, bien que, dans un article très instructif, paru dans la « Revue Médico-Sociale de l'Enfance » (juillet-août 1934) le Docteur Georgette Labaume nous mette en garde contre l'abaissement artificiel des taux de mortalité publié par la majorité des œuvres, abaissement dû à ce fait que « les enfants non viables ne sont souvent ni confiés à des œuvres, ni placés en nourrice » que « les œuvres calculent le taux de mortalité en tenant compte du nombre des inscriptions d'enfants et sans se préoccuper de l'âge variable des admissions » lequel influence considérablement le taux de la mortalité.

Parmi d'autres causes d'erreurs, le Docteur Labaume signale encore que les taux de mortalité sont établis en rapportant les décès non pas « au nombre d'admissions, mais à celui des présences annuelles. »

D'autre part, certaines œuvres ne prennent que des enfants bien constitués, d'autres rendent ceux-ci à la famille dès qu'ils sont malades, d'autres enfin comprennent dans leurs calculs des enfants repris par leurs parents au bout de quelques semaines.

Quoi qu'il en soit, et malgré le petit nombre de cas que nous possédons qui ne nous permet pas de nous faire une idée précise de la réalité, il est logique de penser que le taux de mortalité des enfants en nour-

rice étant presque le triple de ce qu'il est pour les enfants nourris par leur mère (24,44 % contre 9,70 %) à plus forte raison le taux de mortalité des œuvres, où les enfants pâtissent encore davantage du fait de la promiscuité d'autres nourrissons, doit être impressionnant.

§ 7. — GÉMELLAIRES

Après avoir exposé les principaux facteurs qui, à notre avis, influencent pour une grande part le taux de la mortalité et surtout ceux qu'il est le plus aisé ou mieux le moins difficile de connaître avec quelque exactitude puisque, pour certains d'entre eux au moins, ils ne prêtent guère à l'interprétation fantaisiste des femmes en couche, nous dirons un mot, pour être complet, de ce qu'il advient des enfants nés de grossesses gémellaires, et nous terminerons cette première partie par l'examen du sort de la grossesse et, quand elle aboutit, de celui des enfants nés d'ascendants tuberculeux, syphilitiques et albuminuriques, nous en tenant à ces trois affections qui peuvent être considérées comme trois des plus grandes causes de mortalité infantile.

Notre statistique nous a donné 40 enfants, nés de grossesses doubles, soit 1,99 %.

Sur ce nombre, 11 sont morts dont 3 au bout de quelques heures, soit 27,50 %.

§ 8. — ANTÉCÉDENTS MATERNELS PATHOLOGIQUES

Nous avons dit tout à l'heure que nous examinerions en dernier lieu le sort des grossesses et des enfants nés d'ascendants immédiats tuberculeux, syphilitiques, albuminuriques et éclamptiques.

Nous ne tiendrons compte ici, en effet, que de ces trois affections parce que ce sont les seules dont nous ayons pu avoir la certitude grâce aux résultats des prises de sang, des bacilloscopies, des analyses d'urine et des dosages d'urée sanguine que nous avons eus sous les yeux.

Nous avons laissé systématiquement en dehors de notre calcul, d'une part toutes les observations où ces mêmes affections n'étaient pas certaines, telles : pleurésies, R.A.A., Pyelo, traitement psychiques, etc., dont il était impossible de faire la preuve.

Avant de commencer cet exposé, nous tenons à faire remarquer que les résultats partiels que nous obtiendrons différeront moins de ceux de la statistique générale qu'ils ne s'en éloignent en réalité pour cette seule raison que cette statistique englobe elle-même les trois cas pathologiques que nous allons examiner maintenant séparément.

Dans les 34 cas de *tuberculose* que nous rapportons, nous comptons 116 gestations qui peuvent se répartir de la façon suivante :

10 avortements, soit	8,62 %
7 mort-nés, soit	6,03 %
8 prématurés, soit	6,89 %
91 à terme, soit	78,44 %

Ces résultats ne sont pas très différents de ceux obtenus dans notre statistique générale, si ce n'est la supériorité du nombre des morts-nés et des prématurés ; mais, calculons maintenant le nombre d'enfants vivants au bout des 18 premières années comme nous l'avons déjà fait plus haut :

Sur 91 enfants à terme :

81 sont vivants, soit.....	81,81 %
17 sont décédés, soit.....	17,17 %

c'est le double de ce que nous avons obtenu dans la statistique générale (9,13 %) laquelle est encore grevée pourtant du fait qu'elle englobe ces mêmes enfants de tuberculeux.

C'est donc là qu'apparaît, semble-t-il, le mieux l'infériorité des enfants de tuberculeux qui pâissent plus pendant les quelques années qui suivent la naissance que pendant leur vie intra-utérine qui évolue, pour peu que la mère la supporte, d'une façon sensiblement normale.

Dans 30 cas de *Syphilis* nous comptons, 114 gestations, soit :

15 avortements, soit	13,50 %
9 mort-nés, soit	7,89 %
5 prématurés, soit	4,38 %
85 à terme, soit	74,56 %

Ces chiffres doivent peut-être de n'être pas aussi évocateurs qu'on pourrait s'y attendre parce que, et c'est par pur hasard, ces accouchées sont de grandes multipares qui, après avoir fait un ou deux accidents au début de leur vie génitale, ont suivi par la suite un traitement anti-spécifique sérieusement conduit. La majorité de ces cas de syphilis en effet, a été relevée à la Clinique Baudelocque où notre Maître, M. le Professeur Couvelaire, a organisé dans leurs moindres détails et avec la plus grande perfection, le dépistage et le traitement des spécificités.

La différenciation entre ces grossesses et celles des femmes normales, repose donc moins sur la mortalité que sur la mortalité des enfants après la naissance.

Après un délai de 18 ans :

62 sont vivants, soit.....	68,88 %
28 sont morts, soit.....	31,11 %

Ces chiffres, bien différents eux aussi de ceux de l'étude globale que nous avons faite au début, et qui nous donnait après ce même délai 88,51 % d'enfants vivants pour 9,13 % seulement de morts.

Enfin, troisième point de ce paragraphe, et c'est sur lui que nous terminerons, voyons ce qui se passe dans les 17 cas *d'albuminurie gravidique toxique* que nous avons pu recueillir de façon certaine.

Sur 46 grossesses :

6 avortements, soit	13,04 %
2 mort-nés, soit	4,34 %
7 prématurés, soit	17,39 %
31 enfants nés à terme, soit	67,39 %

Dans les 18 années qui suivent, sur 38 enfants nés vivants :

36 sont vivants, soit	94,76 %
2 sont morts, soit	5,27 %

Dans d'autres cas certainement, les chiffres pourraient être plus caractéristiques, mais permettent cependant de constater que l'albuminurie gravidique est beaucoup plus dangereuse pour le fœtus que pour le nourrisson et l'enfant.

CHAPITRE II

ÉTUDE STATISTIQUE

**d'après les Archives de la Caisse Interdépartementale
des Assurances Sociales**

A côté des documents personnels qu'il nous a demandé de réunir, notre Maître, M. le Docteur Lacomme, a pensé qu'il pourrait être intéressant de dépouiller dans le même esprit les archives de la Caisse Interdépartementale des Assurances Sociales et de juxtaposer les résultats aux nôtres. Il estimait à juste titre que la similitude de recrutement devait augmenter notre champ d'investigations et nous permettre, jugeant sous un angle plus grand, d'avoir des résultats plus exacts.

Les chiffres que nous avons obtenus ont pleinement confirmé cette hypothèse, les variations sont négligeables ; malheureusement, nous l'avons dit dans notre avant-propos, les interrogatoires n'ayant pas été faits dans le même but, il nous a été impossible, même en rapportant chacun des renseignements trouvés à notre questionnaire, d'en retirer une information très complète ; malgré cette lacune, quelques

résultats sont intéressants et nous allons les examiner succinctement.

Sur les 283 dossiers de multipares que nous avons examinés, nous avons relevé 927 gestations :

137 avortements, soit	14,77 %
20 mort-nés, soit	2,15 %
30 prématurés, soit	3,23 %
740 enfants à terme, soit	79,82 %

tous résultats se rapprochant beaucoup de ceux que nous avons obtenus nous-même.

Il est impossible ici de connaître par le menu, toute la variété des avortements ou le moment où sont décédés les mort-nés, aussi bien que de savoir à quel mois sont nés les prématurés. Ces indications, notées sur les fiches pour quelques unités seulement, seraient sans intérêt et ne permettent pas de faire un pourcentage.

Les renseignements fournis sur le mode d'élevage des enfants ne sont pas plus complets, puisqu'on ne trouve aucun renseignement sur 469 des 770 enfants nés vivants. Ils nous permettent seulement de savoir qu'il y a, pour ceux que nous connaissons du moins, beaucoup plus d'enfants nourris de lait maternel que d'enfants allaités artificiellement ou mis en nourrice, mais c'est là une constatation bien peu intéressante pour nous qui avons surtout cherché à dégager l'importance du mode d'élevage, puisque, au cours des 18 années suivant la naissance, nous n'avons pu obtenir que le chiffre global des enfants vivants et de

ceux qui sont morts, exception faite cependant, pour 61 d'entre eux que l'on perd complètement de vue sans avoir pu préciser d'aucune façon, le milieu où vécut chacun d'eux, ni l'alimentation qu'ils avaient reçue.

Nous nous bornerons donc à rapporter ici les deux chiffres suivants :

635 enfants sont vivants, soit.....	82,46 %
74 sont décédés, soit.....	9,61 %

qui sont absolument comparables à ceux que nous a fournis l'interrogatoire des accouchées dans les hôpitaux.

CONCLUSIONS

Cet exposé, trop bref à notre gré, et que nous aurions voulu bien plus documenté, peut, cependant, nous permettre de tirer quelques conclusions intéressantes, quant aux éléments influençant aussi bien le devenir d'une grossesse que le potentiel vital de l'enfant qui en est le produit.

Nous pensons, qu'à côté des nombreuses études qui ont déjà été faites de différents facteurs tels que : hérédité, âge, épidémies de toutes natures, tuberculose, lieu d'habitation, climat, etc..., qui peuvent conditionner l'évolution des gestations et les possibilités de vie d'un nouveau-né, il y a une place très importante à donner à d'autres éléments que nous estimons non moins essentiels et que nous avons essayé de développer et de mettre en lumière au cours de ce travail.

Parmi ceux-ci, il nous est apparu que le mode d'élevage tenait la place primordiale ; nous croyons qu'il importe, qu'il est indispensable si l'on veut garder à l'enfant toutes ses chances de vivre, de lui assurer, autant que faire se peut, une croissance au sein de sa famille et de lui donner le lait maternel ;

la simple statistique que nous avons publiée et qui nous a montré le taux de mortalité doubler et tripler lorsque l'on passe de l'élevage au sein à l'allaitement artificiel et, de là, à l'élevage en nourrice, nous a semblé une preuve suffisante.

Tel est, à notre avis, le principe fondamental qui doit être à la base de la puériculture ; mais son application, même systématique, perdrait de sa valeur si une surveillance attentive, tant avant la conception où elle permettra de remédier à un état pathologique, que pendant la gestation où elle dépistera les causes d'avortement ou de prématurité, et près du terme où elle préviendra les présentations dystociques exigeant des manœuvres souvent meurtrières, ne venait assurer au fœtus un développement normal et un accouchement physiologique.

Vu : le Président de la thèse,
M. COUVELAIRE.

Vu : le Doyen,
M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

3319. — Imp. Jouve et Cie 15, rue Racine, Paris. — 9-39.
